هسته بازیابی.

پروتکل توقف مصرف: GHB / GBL / 1,4-BD

سریعترین و غیرقابل پیش‌بینی‌ترین دوره ترک در این مجموعه، و نحوه عبور ایمن از آن.

هر راهنمای دیگر در این مجموعه، قسمتی دارد که می گوید: "این موضوع ممکن است ناراحت کننده باشد، اما به ندرت خطرناک است." این راهنما چنین عبارتی ندارد. ترک مصرف GHB، در هر کسی که بیش از سه یا چهار بار در روز مصرف می کند، یک وضعیت اورژانسی پزشکی واقعی است که با خطرات جدی تشنج، یک نوع گیجی خاص و شدید، و مرگ همراه است، مگر اینکه به طور مناسب مدیریت شود. این موضوع اغراق آمیز نیست – بلکه تصویر بالینی واقعی و مستند است، و برخورد با آن با کمترین میزان جدیت، همان چیزی است که باعث آسیب رساندن به افراد می شود. هدف از این راهنما این است که اطمینان حاصل شود که این جدیت به یک برنامه تبدیل می شود، نه فقط ترس.

بخش ۰ — ایمنی فوری: این را ابتدا بخوانید.

وضعیت اضطراری طبی

اگر شما روزانه بیش از سه یا چهار بار از GHB، GBL یا 1,4-BD استفاده می‌کنید، بدون نظارت پزشکی آن را قطع نکنید. ترک می‌تواند ظرف ۲ تا ۶ ساعت پس از آخرین دوز آغاز شود، و ۱۲ تا ۷۲ ساعت اول خطر واقعی و غیرقابل پیش‌بینی تشنج و یک سندرم شدید گیجی/روان‌پریشی دارد که می‌تواند بدون مدیریت پزشکی مناسب کشنده باشد. اگر شما یک مصرف کننده وابسته هستید و قصد قطع مصرف را دارید، یا اگر ترک برای شما آغاز شده است، فوراً به بخش اورژانس مراجعه کنید.

علائمی که نشان می‌دهند شما در حال تجربه یک عوارض جانبی خطرناک هستید - فوراً به اورژانس مراجعه کنید:

- هرگونه فعالیت تشنجی، حتی اگر کوتاه باشد.
- گیجی، سردرگمی یا توهمات – این موارد می توانند به سرعت ایجاد شوند و با اضطراب معمولی تفاوت دارند.
- بی‌قراری شدید همراه با تپش قلب، فشار خون بالا یا تعریق زیاد (ناپایداری خودکار).
- لرزشی که بدتر می‌شود، نه اینکه ثابت بماند.

هشدار

هیچ داروی تایید شده توسط سازمان GHB وجود ندارد و هیچ داروی ضدسمی برای مسمومیت با مواد مخدر یا الکل (Naloxone) وجود ندارد - بر خلاف مواد اپیوئیدی GHB برای ترک اعتیاد به غذا و دارو (FDA) (بنزودیازپین ها که یک پروتوکل مشخص و استاندارد دارند). این بدان معناست که کیفیت مراقبت تا حد زیادی بستگی دارد. بخش ۸ این راهنما برای کمک به شما یا کسی که از GHB به آشنایی پزشک معالج با مواد مخدر شما حمایت می کند، وجود دارد تا در صورت عدم آشنایی تیم اورژانس با آن، از درمان مناسب دفاع کنید.

بخش ۱ — چرا این راهنما با سایر راهنماها در این مجموعه متفاوت است.

چه چیزی آن را متفاوت می سازد؟	چرا این مهم است؟
سرعت شروع اثر.	در پلاسما فقط ۳۰ تا ۶۰ دقیقه است. علائم ترک، ۲ تا ۶ ساعت GHB نیمه عمر پس از آخرین دوز در فرد وابسته شروع می شود - بسیار سریعتر از الکل (۶-۲۴ ساعت) یا بنزودیازپین ها (۱۲-۴۸ ساعت). یک دوره هشدار بسیار کمی بین "آخرین دوز" و "خطر" وجود دارد.
غیر قابل پیش‌بینی بودن	شدت بالینی همیشه با میزان مصرف گزارش شده مطابقت ندارد؛ ممکن است فردی که میزان مصرف خود را کم نشان می‌دهد، یا کسی که مواد مخدرش غلظت که پیش‌سازهای BD-و GBL 1,4 که در مورد موادی مانند) نامطمئنی داشته باشد علائم شدیدتری از آنچه انتظار می‌رود، نشان دهد ،(هستند، بسیار رایج است GHB.
یک سندرم مشخص از گیجی و جنون.	این یک اضطراب معمولی که تشدید شده است نیست. دلیریم ناشی از ترک شامل تحریک، گیجی، توهمات بصری و ناپایداری شدید سیستم GHB مصرف مادهٔ عصبی خودکار است— یک اورژانس عصبی واقعی که از نظر ماهیت با دلیریم ناشی از الکل متفاوت است.
هیچ پروتکل درمانی استاندارد وجود ندارد.	عوارض ترک الکل یک پروتکول مشخص و شناخته شده برای داروهای بنزودیازپین دارد. عوارض ترک مواد افیونی، داروها بـ"بوپرنفورین" و "میتادون" را شامل می شود. عوارض ترک ماده "جی‌اچ‌بی" هیچ درمان خاص تایید شده توسط سازمان غذا و دارو (FDA) یک آگونیست) "ندارد؛ با این حال، "باکلوفن ،GABA-B که همان گزینه ای است که بیشترین ،(بر آن اثر می کند GHB سیستم گیرنده ای است که شواهد را دارد، اما بسیاری از پزشکان اورژانس تجربه مستقیم محدودی در استفاده از آن دارند.

بخش ۲ — جدول زمانی ترک مواد مخدر

جدول زمانی	چه خبر؟	چه انتظاری دارید؟	چه باید کرد؟
ساعت ۲ تا ۶ (شروع علائم - دوره مداخله طبی)	جی‌اچ‌بی به سرعت از بین می‌رود؛ گیرنده‌های گابا-بی بدون لیگاند خود باقی می‌مانند؛ گلوتامات افزایش فعال HPA می‌یابد؛ محور می‌شود.	اضطراب، لرزش، تعریق، تپش قلب سریع، حالت تهوع - شروع آن سریع است و ممکن است با اضطراب معمولی اشتباه گرفته شود تا زمانی که به سرعت تشدید شود.	این زمانی است که مداخله پزشکی (باکلوفن یا بنزودیازپین ها، بخش ۸) باید آغاز شود اگر یک مصرف کننده وابسته در حال ترک باشد. اگر قبلاً تحت مراقبت های پزشکی نیستید و این علائم ظاهر شده اند: فوراً به اورژانس مراجعه کنید.
ساعت ۱۲ تا ۷۲ (دوره خطرناک).	بالاترین سطح گیرنده گابا-بی در هنگام ترک مصرف؛ خطرناک‌ترین دوره برای بروز تشنج و سندرم گیجی/روان‌پریشی که در بخش ۱ توصیف شده است.	در مرحله اول، ممکن است شامل موارد زیر باشد: تحریک شدید، گیجی، توهمات و طوفان خودکار (تپش قلب سریع، فشار خون بالا، تعریق زیاد).	این بخش نیاز به مراقبت طبی دارد که تحت نظارت باشد، چه بستری در بیمارستان و چه سم زدایی تحت نظر، و این برای هر کسی که الگوهای وابستگی داشته باشد، ضروری است. مدیریت

جدول زمانی	چه خبر؟	چه انتظاری دارید؟	چه باید کرد؟
			این وضعیت در خانه مجاز نیست.
روزهای ۳ تا ۷	خطر فوری که در حال فروکش شدن است، اما اگر به طور طبی مدیریت شود؛ هنوز به GABA-B سیستم شدت ضعیف است.	اضطراب مداوم، بی‌خوابی و ناراحتی جسمانی پس از فروکش کردن بحران حاد؛ همچنان نیازمند نظارت دقیق است.	کاهش ناگهانی هیچ یک از داروهای کمکی (باکلوفن یا بنزودیازپین) در این دوره مجاز نیست. کاهش دوز باید به تدریج و مطابق با بخش ۸ باشد.
هفته‌های ۱-۴	GABA-B افزایش گیرندهٔ ؛ کاهش تدریجی دارو (اگر هنوز در حال انجام است)، تحت نظارت پزشک ادامه دارد.	ثبات تدریجی؛ امواج اضطراب؛ بهبود تدریجی در خواب.	بخش ۹: مکمل‌های غذایی کامل از این بخش آغاز می‌شوند. همچنین، در این مرحله، آزمایش‌های ژنتیکی، اگر انجام شوند، می‌توانند نتایج قابل استفاده‌ای ارائه دهند (بخش ۵).
ماه‌ها ۱-۳	هنوز در GABA-B گیرندهٔ مراحل اولیه تا میانی بهبودی است، و این سیستم به آرامی‌تر از گیرندهٔ تنظیم می‌شود GABA-A.	یک الگوی) امواج اضطراب مستند شده از علائم ترک حاد برای مادهٔ گابا پنتانولاید، که (به طور خاص ،GHB یا نیاز به مدیریت فعال دارد، نه فقط انتظار کشیدن.	تنفس منظم، ورزش و پروتکل مکمل که در بخش ۹ ذکر شده است، تعیین کننده شدت امواج ترک اعتیاد هستند.
ماه‌ها ۳-۱۲	فاز اصلی بازسازی گابا، که معمولاً بین ۳ تا ۶ ماه طول می‌کشد، بیشتر از سایر مواد موجود در این مجموعه است.	بهبود تدریجی و واقعی؛ کاهش تدریجی در تکرار و شدت علائم ترک.	لطفاً تمام پروتوکل‌ها را رعایت کنید. این مرحله برای کاهش زودهنگام حمایت نیست.
ماه‌ها ۱۲-۱۸+	بازیابی قابل توجه گیرنده گابا-بی که به پایان خود نزدیک شده است.	یک نقطه شروع کاملاً متفاوت، نه فقط غیاب علائم، بلکه یک سیستم عصبی که دوباره به طور مستقل تنظیم می شود.	این یک تحول واقعی است، نه صرفاً گذر زمان. این امر مستلزم ساختن آن از طریق پروتکل‌های موجود در این راهنما است، نه اینکه صرفاً منتظر بمانید.

دِ سِنتیوریون

توجه داشته باشید که این جدول زمانی بسیار طولانی‌تر از راهنماهای بنزودیازپین یا مت‌آمفتامین در این به طور مستقیم این موضوع را بیان می‌کند: "برخلاف بیشتر مواد GHB مجموعه است. خود مطالب راهنمای کندتر و طولانی‌تر است. GHB در GABA-B دیگر که فاز مرکزی آن ۴-۸ هفته است، افزایش گیرنده‌های واقعاً ۳-۶ ماه طول می‌کشد." انتظار داشتن جدول زمانی مشابه راهنماهای GABA دوره بازگشت بنزودیازپین یا مت‌آمفتامین، شما را به این باور سوق می‌دهد که روند بهبودی شکست خورده است، در حالی که ممکن است هنوز هم مطابق برنامه پیش می‌رود.

بخش سوم — چه مدت طول می کشد تا مغز به حالت عادی برگردد؟

پاسخ صادقانه در اینجا طولانی‌تر از هر ماده دیگری در این مجموعه تاکنون است. بازیابی گیرنده GABA-B — که به طور قابل توجهی حدود ماه‌های ۱۲ تا ۱۸ تکمیل می‌شود، صرفاً رفع علائم نیست بلکه نشان‌دهنده بازسازی سیستم عصبی و ایجاد یک تنظیم داخلی واقعی است، پس از اینکه آن تنظیم را به ماده‌ای واگذار کرده بود که هر ۲ تا ۳ ساعت به صورت مداوم مصرف می‌شد، و این برای مدت زمانی که وابستگی طول کشید. این موضوع ارزش تأمل دارد: برای کسی که به این اندازه اغلب دارو مصرف می‌کند، GHB صرفاً یک ماده نبود — بلکه به عنوان سیستم عامل خارجی سیستم عصبی عمل می‌کرد. بازسازی سیستم داخلی واقعی زمان می‌برد.

شنیده شدن.

اگر در ماه پنجم یا ششم هستید و هنوز هم دچار امواج اضطراب می شوید که ناگهان ظاهر می شوند، این بدان معنا نیست که روند بهبودی کار نمی کند— طبق جدول زمانی بالا، شما دقیقاً در مرحله ای هستید که زیست شناسی پیش بینی می کند. خط پایان اینجا بیش از یک سال است، نه چند هفته. این یک عدد دلسرد کننده نیست، بلکه یک عدد صادقانه است و نشان می دهد که امواجی که هنوز تجربه می کنید، قابل انتظار هستند و نشانه ای از شکست نیستند.

بخش ۴ — چیزهایی که احتمالاً تجربه خواهید کرد

* سردرد
* تهوع
* استفراغ
* گرفتگی عضلات
* بی‌قراری
* اضطراب
* حساسیت به نور و صدا
* مشکل در خوابیدن
* افسردگی
* خشم
* عصبانیت
* سرگیجه
* تپش قلب
* تعریق
* لرزش
* تب
* خشکی دهان
* یبوست
* اسهال
* از دست دادن اشتها
* کاهش وزن
* ضعف
* خستگی
* ناتوانی در تمرکز
* مشکل در به خاطر سپردن چیزها
* تغییرات خلقی
* توهم
* هلوسین

*** سردرد میگرنی**
*** سندرم ترک کافئین**
*** اگر شما از مواد مخدر یا الکل استفاده می کنید، ممکن است علائم ترک را تجربه کنید.**
*** اگر شما داروهای خاصی مصرف می کنید، ممکن است عوارض جانبی را تجربه کنید.**
*** اگر شما بیماری خاصی دارید، ممکن است علائم آن را تشدید کنید.**

اگر هر یک از این علائم را تجربه کردید، لطفاً با پزشک خود تماس بگیرید.

علاوه بر دوره اورژانس طبی که در بخش ۲ ذکر شد، دوره بهبودی دارای ویژگی‌های خاصی است که شایسته نام‌گذاری مستقیم هستند.

- اضطراب که به شکل امواج ظاهر می شود، نه یک حالت مداوم و پایدار، یک الگوی مشخص در GHB دوره بازیابی از مصرف مواد مخدر است، و نشان دهنده افزایش خطر عود نیست.
- خوابی که به دست آوردن آن واقعاً دشوار است، به ویژه برای کسانی که شبانه دارو مصرف می کردند تا مستقیماً خواب را کنترل کنند - سیستم عصبی باید دوباره یاد بگیرد که چگونه بخوابد و در خواب بماند بدون اینکه یک ماده مسدود کننده گیرنده گابا-بی این کار را از بیرون انجام دهد.
- یک نوع خاص از سردرگمی که صرفاً عاطفی نیست؛ برای کاربران بلندمدت و پرمصرف، این دارو ساختار واقعی روز را سازماندهی می کرد (دوز بعدی هرگز بیش از چند ساعت فاصله نداشت). حذف آن می تواند باعث سردرگمی زمانی و هویتی علاوه بر ترک اعتیادی شود که مربوط به مواد شیمیایی مغز است؛ نه فقط "من چه احساسی دارم؟" بلکه "حالا من با وقتم چه کنم؟".
- حساسیت خودکار که می‌تواند پس از دوره حاد ادامه یابد - تپش قلب یا تعریق در پاسخ به استرس معمولی، که پژواک طوفان عصبی اولیه در مرحله ترک است، اما با شدت بسیار کمتری.

بخش ۵ — ارجاع ژنتیکی

ژن	چه چیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد.	GHB مرتبط با بهبودی از
GABRA2	گیرنده گابا-آ، زیرواحد آلفا-۲ — سطح پایه سرکوب.	مهم‌ترین ژن برای آسیب‌پذیری در برابر مواد مخدر GHB. افرادی که حامل نوع جهش خطرناک این ژن هستند، معمولاً سیستم GHB بازدارنده‌ای ضعیف‌تر دارند و ماده مخدر به شدت این سیستم ضعیف را فعال می‌کند. این وضعیت به معنای ترمیم کندتر گابا، عوارض ترک

ژن	چه چیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد.	GHB مرتبط با بهبودی از
		شدیدتر و تمرین اجباری (غیرقابل انتخاب) برای تقویت طبیعی گابا است - به بخش ۹ مراجعه کنید.
GABBR1 / GABBR2	ژن‌های زیرواحد گیرنده GABA-B — گیرنده‌ی اصلی که خود ماده‌ی GHB بر آن اثر می‌گذارد.	ژنتیک‌هایی که مستقیماً با مواد مرتبط GHB هستند، برخلاف ژن GABRA2 که به داروهای آرام‌بخش/الکل مربوط است. تغییرات در این ژنتیک‌ها GHB بر حساسیت فردی به و شدت مصرف طولانی GABA-B کاهش گیرنده‌های با مدت تأثیر می‌گذارد. دسترسی به آزمایش‌های مربوطه در حال حاضر محدود است، اما پیگیری پیشرفت‌های این حوزه مهم است.
COMT (وال۱۵۸مِت)	پاکسازی مواد شیمیایی دوپامین و استرس.	Met/Met (که به آن "آرام" یا "کندتر" گفته می‌شود) که GHB در استفاده از مواد مخدر ناشی از اضطراب است، بیشتر دیده می‌شود؛ این دارو، سیستم GABA-B زیرا اثر آرام‌بخش عصبی را که به طور مداوم تحریک شده است، تسکین می‌دهد. Val/Val (که به آن "جنگجو" بیشتر در استفاده از مواد مخدر (گفته می‌شود همراه با مواد محرک یا در فعالیت‌های GHB جنسی دیده می‌شود، و در این موارد، GHB به عنوان یک عامل متعادل‌کننده برای اضطراب ناشی از مواد محرک عمل می‌کند. این موضوع جهت بهبود را تعیین می‌کند: افرادی که ژنوتیپ "آرام" دارند، نیاز به ایجاد آرامش دارند؛ در حالی که افرادی که ژنوتیپ "جنگجو" دارند، نیاز به مدیریت تحریکات دارند.
MTHFR	متیلاسیون - سنتز انتقال‌دهنده‌های عصبی	کمبودهای عصبی پایه را ایجاد می کند که تا حدی آن را برطرف می کرد. (GHB) گاباپنتین اساسی است و اغلب باعث MTHF-مکمل 5 بهبود اولیه و قابل مشاهده می شود. گاباپنتین را از B همچنین ویتامین های گروه (GHB) طریق مسیرهای متابولیکی خود کاهش می دهد، بنابراین حمایت از متیلاسیون در مراحل اولیه بهبودی ضروری است، نه اختیاری.
DRD2 / ANKK1 (Taq1A)	تراکم گیرنده‌های دوپامین نوع D2 – سندرم کمبود پاداش.	به ویژه در محیط‌های مربوط به "چِم‌سِکس" و تفریحات شبانه، جایی که اثرات دوپامینرژیک تا حدی کمبود سیستم پاداش را (GHB) غیبیتول جبران می‌کند. باید برای بازیابی، ساختار پاداش دوپامینرژیک به طور مستقیم بازسازی شود، در غیر این صورت، میل بیولوژیکی به ادامه مصرف غیبیتول (یا هر ماده دوپامینرژیک دیگر) باقی خواهد ماند.
SLC6A4 (5-HTTLPR)	ابراز کننده انتقال دهنده سروتونین.	افرادی که سابقه کوتاه مدت مصرف مواد مخدر دارند، سطح بالایی از حساسیت به اضطراب را نشان می‌دهند و این امر آن‌ها را مستعد استفاده از مواد مخدر با اثرات گاباارژیک برای مدیریت اضطراب می‌کند. برنامه های بازیابی باید سیستم سروتونین را نیز در نظر بگیرند، و 5-

ژن	چه چیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد.	GHB مرتبط با بهبودی از
		هر دو از این سیستم حمایت MTHF-و 5 HTP می‌کنند.
CYP2C19 / CYP3A4	متابولیسم باکلُوفِن و بنزودیازپین‌ها GHB که در پاکسازی از مواد مخدر استفاده می‌شوند.	مستقیماً مرتبط با بخش ۸ در مورد مدیریت پزشکی: افرادی که متابولیسم ضعیفی دارند، ممکن است در دوزهای استاندارد، مقدار بیشتری از باکلُوفِن را در بدن خود انباشته کنند؛ در حالی که افرادی که متابولیسم بسیار سریعی دارند، ممکن است به دوزهای بالاتر نیاز داشته باشند. وضعیت هر بیمار را به اطلاع پزشک معالج برسانید.
ADH1B / ALDH2	متابولیسم الکل و ۱،۴-بی‌دی.	به طور خاص برای کاربران ۱،۴-بی‌دی: مسیر مسیری است که در کبد، ۱،۴- ADH/ALDH بی‌دی را به GHB تبدیل می‌کند. افرادی که هستند و همزمان از ۱،۴- ALDH2*2 حامل ژن بی‌دی و الکل استفاده می‌کنند، با تداخل در این مسیر متابولیکی روبرو می‌شوند و ممکن است دچار تجمع سموم ناشی از استالدهید شوند؛ بنابراین، آزمایش‌های عملکرد کبد برای این گروه خاص بسیار مهم است.

چه کسانی واقعاً در معرض خطر هستند؟ ترکیب ژن‌ها.

دو سوال جداگانه در مورد ژنتیک مطرح شده است، و پاسخ های آنها متفاوت است و ارزش دارد که آنها را از هم متمایز کرد: چه کسی احتمالاً در ابتدا به اعتیاد مبتلا می شود؟ و، جداگانه، کدام افراد برای کسانی که وابستگی دارند، ترک و کاهش مصرف دارو سخت تر خواهد بود.

سوال	ژن‌هایی که واقعاً به آن پاسخ می‌دهند.	چرا؟
چه کسانی بیشتر احتمال دارد که وابسته شوند؟ GHB به	با خطر بالا GABRA2 + دارای ژنوتیپ COMT Met/Met ('Sage').	این همان ترکیب "شکست سخت" است که در کتابچه راهنما برای مواد گابا ارجیک به طور کلی شناسایی شده است: یک سیستم ترمز پایه ضعیف از نظر ساختاری (GABRA2) همراه با یک سیستم عصبی بیش از حد تحریک شده و دشوار برای آرام کردن (Met/Met). اثر تسکین دهنده دقیقاً برای این GHB سریع و کامل نوع افراد بسیار قوی است، زیرا این بدان معنا نیست که این شخص اراده GHB کمتری دارد، بلکه این است که به یک سوال بیولوژیکی بلندتر و مشخص تری برای آنها پاسخ می دهد تا آنچه که برای کسی که این ترکیب را ندارد.
کدام یک، صرف نظر از اینکه چرا شروع کرده است، بیشترین مشکل را در ترک و کاهش مصرف دارو خواهد داشت؟	واریانت‌های با خطر بالا در ژن GABRA2 + واریانت‌های GABBR1/GABBR2.	این ژن‌ها در سطح گیرنده‌ها هستند، نه در سطح انگیزه. GABRA2 تعیین‌کننده ذخیره کلی مهارکننده GABBR1/GABBR2 است؛

چرا؟	ژن‌هایی که واقعاً به آن پاسخ می‌دهند.	سوال
تعیین‌کننده حساسیت و شدت کاهش عملکرد در گیرنده‌ای دقیق هستند که GHB ماده بر آن اثر می‌گذارد. این پروفایل پیش‌بینی می‌کند که یک دوره کاهشی بسیار کندتر و عوارض ترک شدیدتر تقریباً مستقل از رابطه روانشناختی فرد با دارو وجود خواهد داشت.		

⚠ هشدار

به نظر نمی رسد که تعیین کند آیا یک دوره کاهش تدریجی دارو از نظر فیزیکی موثر COMT نوع ژنتیکی بالا کنترل می شود، نه سرعت پاکسازی دوپامین. GABA است یا خیر. این موضوع توسط ژن های گیرنده واقعاً تعیین می کند این است که چرا فردی از دارو استفاده کرده و جهت بهبودی COMT آنچه که نوع ژنتیکی GHB که از ("Met/Met ("Sage او پس از دوره کاهش تدریجی باید به چه سمتی باشد. یک پروفایل استفاده کرده، نیاز دارد که دوره کاهش تدریجی آن به همان روشی مدیریت شود که برای هر کسی با او انجام می شود. اما کار اصلی بهبودی بلندمدت او باید بر روی ایجاد آرامش GABRA2/GABBR وضعیت یک پروفایل .(وجود داشته و نیاز به یک راه حل واقعی دارد GHB زیرا اضطراب قبل از مصرف) باشد که بیشتر در... استفاده از مواد محرک برای مقابله با اثرات مواد شیمیایی، نیاز به ("Val/Val ("Warrior، مدیریت تحریک دارد – راه‌های واقعی و پرانرژی، نه فقط آرامش. مکانیسم‌های کاهش مصرف یکسان هستند، اما هدف بازیابی بعداً متفاوت است.

بخش ۶ — جمعیت‌های خاص

وضعیت	چه چیزی آن را متفاوت می سازد؟
سدیم اکسوبات برای درمان نارکولپسی همراه با کاتاپلکسی تجویز می شود.	استاندارد درمانی برای این حالت است، و وابستگی (GHB داروی) سدیم اکسیبات که ایجاد می شود یک نتیجه اجتناب ناپذیر از درمان مناسب است، نه یک شکست اخلاقی یا نشانه ای از سوء استفاده. قطع مصرف آن نیاز به مداخله متخصص مغز و اعصاب دارد، زیرا علائم نارسولپی که تحت کنترل هستند، در صورت قطع دارو باز خواهند گشت. سایر روش های درمانی برای نارسولپی (مودافینیل، آرمودافینیل، سولریامفتول، پیتیولیسانت) باید قبل یا همزمان با هرگونه کاهش دوز بهینه شوند. این یک تصمیم بالینی است که توسط یک متخصص گرفته می شود، و نباید به صورت خودسرانه انجام شود.
جی‌اچ‌بی به عنوان جایگزین عمدی الکل استفاده می‌شود.	به طور خاص برای کاهش مصرف الکل استفاده می‌کنند، GHB برخی از افراد از یعنی یک ماده گابا ارژیک را با ماده دیگری که پروفایل خطرات متفاوتی دارد، در دوزهای متوسط سمیت کمتری برای GHB جایگزین می‌کنند. ممکن است اندام‌ها نسبت به مصرف زیاد الکل داشته باشد، اما وابستگی و خطر اوردوز آن بسیار جدی هستند. اگر این وضعیت شما را توصیف می‌کند، هر دو وابستگی می‌توانند همزمان وجود داشته باشند، و ارزیابی پزشکی از وابستگی ترکیبی به مواد گابا ارژیک قبل از تلاش برای کاهش مصرف هر یک از این مواد ضروری است.

چه چیزی آن را متفاوت می سازد؟	وضعیت
در دوزهای پایین، غیر تفریحی، ترشح هورمون رشد هیپوفیز را تحریک می‌کند GHB و برخی از ورزشکاران و بدنسازان به طور خاص برای این اثر از آن استفاده می‌کنند. اغلب، این دارو شبانه مصرف می‌شود و به عنوان یک کمک برای ریکاوری و عضله‌سازی در نظر گرفته می‌شود، نه به عنوان یک داروی تفریحی. این یک نقطه است، زیرا شخص ممکن GHB شروع رایج و کمتر شناخته شده برای اعتیاد به است متوجه نشود که از آن به طور تفریحی استفاده می‌کند: دارو به تنهایی، طبق یک برنامه زمانی مشخص، و با هدف بهبود عملکرد مصرف می‌شود، که می‌تواند تشخیص الگو به عنوان یک نوع اعتیاد را به تأخیر بیندازد تا زمانی که خواب به صورت شیمیایی وابسته به آن شود. ساختار دوزگیری شبانه خود، همان مکانیسم را ایجاد می‌کند. مطابق آنچه در بخش ۱ و بخش ۴ توضیح داده شده است، دوز منظم و برنامه‌ریزی‌شده دقیقاً همان چیزی است که باعث ایجاد تحمل و وابستگی جسمانی می‌شود، صرف نظر از دلیل ذکرشده برای مصرف آن. روند بهبودی باید مستقیماً محور هورمون رشد را هدف قرار دهد، نه فقط سیستم GABA. ساختار خواب عمیق، ناشتایی در) راهکارهای طبیعی تحریک‌کننده هورمون رشد جایگزین روش‌های دارویی می‌شوند؛ پپتیدهای محرک (HIIT زمان مناسب، تمرینات هورمون رشد تحت نظر پزشک (مانند ایپامورلین) در برخی موارد به عنوان یک پل استفاده شده‌اند. این گروه از افراد اغلب نیاز به یک تغییر نگرش خاص دارند: مصرف یک مکمل برای یک هدف ورزشی مشروع که منجر به وابستگی می‌شود، نوعی یا درجه پایین‌تری نیست. از اعتیاد نسبت به سایر بخش‌های این راهنما، زیست‌شناسی اهداف اعلام‌شده را در نظر نمی‌گیرد.	استفاده از هورمون رشد در بدنسازی و ورزش برای تحریک رشد.
دوزهای سرخوشی بود GHB، در گذشته، یکی از رایج‌ترین راه‌های ورود به مصرف MDMA، که در مهمانی‌ها یا جشنواره‌ها به اشتراک گذاشته می‌شد و اغلب همراه با کتامین یا الکل استفاده می‌گردید تا تجربه را بهبود بخشد یا اثرات محرک‌ها را کاهش دهد. این همان شرایطی است که خطر "غیرقابل پیش‌بینی بودن" ذکر شده مصرف‌شده در جشنواره‌ها و GHB :در بخش ۱، در آن بیشترین بروز را دارد کلاب‌ها معمولاً به صورت قطره‌ای از یک بطری بدون برچسب ریخته می‌شود و بین افراد به اشتراک گذاشته می‌شود، بدون اینکه راهی برای دانستن غلظت واقعی آن وجود داشته باشد. این موضوع، همراه با عدم قطعیت فرد در مورد میزان مصرف خود در طول شب، خطر را افزایش می‌دهد. عدم تطابق غلظت بین یک بطری... و این مورد، برخلاف موارد نادر، در این زمینه بسیار رایج است و به همین دلیل است اغلب در محیط‌های جشن‌ها و کلاب‌ها متمرکز GHB که موارد مصرف بیش از حد می‌شوند. در بسیاری از موارد، وابستگی به صورت یکباره و ناگهانی ایجاد نمی‌شود؛ بلکه فرد بین رویدادها از آن استفاده می‌کند تا همان احساس راحتی اجتماعی یا کمک به خواب را که در دوز مصرفی در جشن‌ها داشت، تجربه کند، و این روند به آرامی با شروع فصل جشن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین، مصرف همزمان الکل نیز در این شرایط خاص بسیار رایج است، همانطور که در بخش ۵، در قسمت "ترکیب خطرناک" ذکر شده است.	جشنواره رقص و فرهنگ رِیو.
یک زمینه کاملاً جدیدتر که ارزش دارد به عنوان یک موضوع جداگانه نامگذاری شود، نه اینکه در دسته بندی کلی "زندگی شبانه" قرار گیرد. استفاده از آن در مقابل دوربین، برای مخاطبان، یک سیستم پاداش ثانویه را مستقیماً روی سیستم پاداش فارماکولوژیکی قرار می دهد - توجه و تعامل زنده بینندگان همان مدارهای دوپامینرژی را فعال می کند که خود ماده فعال می کند، و این دو می توانند از طریق تقویت متقابل، احتمال افزایش مصرف را سریعتر کنند در مقایسه با استفاده خصوصی. این زمینه همچنین منطق ایمنی را که بقیه این راهنما به آن تکیه دارد، معکوس می کند: یک ناظر که فیزیکی حضور دارد می تواند یک اوردوز را تشخیص دهد. برای اقدام، از کمک خواستن، قرار دادن فرد در وضعیت ایمنی و دور کردن سایر مواد از دسترس خودداری کنید. مخاطبانی که یک پخش زنده را تماشا می‌کنند، نمی‌توانند هیچ‌کدام از این کارها را انجام دهند. دیده‌شدن به معنای امنیت نیست، و GBL یا GHB ،یک اتاق پر از بینندگان، از نظر عملی، مانند تنها بودن است. امروزه	پخش زنده و تولید محتوای رسانه‌های اجتماعی.

چه چیزی آن را متفاوت می سازد؟	وضعیت
اغلب در ظروف پنهان ارائه می‌شوند - مانند بطری‌های نوشیدنی انرژی‌زا یا بطری‌های نوشیدنی ورزشی - گاهی اوقات توسط شخص ثالث به جای اینکه خود فرد مقدار آن را تعیین کند، که این امر خطر عدم قطعیت غلظت موجود در بخش 1 را با یک لایه دوم تشدید می‌کند: عدم اطلاع از اینکه دقیقاً چه چیزی در بطری وجود دارد. از ندانستن قدرت آن.	

شنیده شدن.

الگویی وجود دارد که ارزش نامگذاری شدن را دارد، اما به راحتی در جدول بالا جای نمی‌گیرد، زیرا واقعاً استفاده می‌کند، بلکه مربوط به مکان آن است. هنگامی که یک GHB مربوط به این نیست که چرا کسی از مکان، یک کلاب، یک گروه دوستان یا یک جامعه، فردی را به دلیل مصرفش منع یا طرد می‌کند، خودِ مصرف بسیار نادر است که متوقف شود. چیزی که تغییر می‌کند، مکانی است که این کار در آن انجام می‌شود. شخصی که قبلاً در کنار دیگران از مواد استفاده می‌کرد - هرچند نظارت بر آن ناقص بود و شرایط آن ایده‌آل نبود - اغلب به استفاده انفرادی، در خانه، منتقل می‌شود، زیرا محیط‌های اجتماعی که قبلاً این رفتار را تحمل می‌کردند، دیگر این کار را نمی‌کنند. این تغییر از "کسی که کمک نکردن به کسی، حتی اگر هیچ کس در آنجا نباشد، یک جزئیات کوچک نیست. این دقیقاً همان عامل است که تعیین می‌کند آیا یک مورد اوردوز شاهد و قابل نجات است یا خاموش. انزوا، صرف نظر از دلایل آن، اغلب یک مشکل آشکار را با یک مشکل پنهان و خطرناک‌تر جایگزین می‌کند. اگر این توصیف‌کننده تاریخچه شما باشد - ممنوعیت، اختلاف، یا جامعه‌ای که درها را بسته است - آن انزوا هرگز نشانه‌ای نبود که شما باید این کار را به تنهایی انجام دهید. این یک پیامد ساختاری از جایی بود که حمایت‌ها رفته بودند، نه یک قضاوت در مورد اینکه آیا شما شایسته دریافت آن بودید یا خیر.

بخش ۷ — از طبقه بندی الگوها استفاده کنید.

می‌پردازد، زیرا آن بخش GHB بیشتر این راهنما، از ضرورت، به خطرناک‌ترین بخش مصرف مواد مخدر می‌تواند کشنده باشد و درست انجام دادن آن مهم‌تر از هر چیز دیگری در اینجا است. اما بیشتر افرادی استفاده می‌کنند، در آن مرحله قرار ندارند، و فردی که هفته‌ای یک بار از آن استفاده می‌کند GHB که از و صرفاً می‌خواهد مصرف را متوقف کند، به پاسخی کاملاً متفاوت نیاز دارد تا اینکه فقط هشدار مشابهی با نسخه نازک‌تر ارائه شود.

سطح	الگو	خطر وابستگی/عوارض ترک مصرف.	چه چیزی واقعاً برای توقف لازم است؟
۱ — نادر / تجربی	متنی که باید ترجمه شود ارائه نشده است. لطفاً متن را ارائه دهید تا من آن را به دری ترجمه کنم.	بسیار پایین.	وابستگی جسمانی در این سطح اساساً یک نگرانی نیست. اگر می خواهید، می توانید به سادگی آن را متوقف کنید. مهمترین کاری که باید انجام دهید این است که بفهمید چرا این ماده برای شما جذاب بود (جدول زمینه بخش 6)، تا اینکه جایگزین دیگری به آرامی در جایی دیگر شکل نگیرد.
۲ - گاه به گاه / اجتماعی	تقریباً به صورت ماهانه یا کمتر، مرتبط با شرایط خاص (جشن‌ها، مصرف مواد مخدر، و غیره)، که به مرور زمان افزایش نیابد.	پایین	برای اکثر افراد در این سطح، توقف به خودی خود منطقی است. نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرند: آیا فاصله زمانی

سطح	الگو	خطر وابستگی/عوارض ترک مصرف.	چه چیزی واقعاً برای توقف لازم است؟
			کاهش یافته است؟ آیا مقدار مصرف در هر جلسه افزایش یافته است؟ اگر هر یک از این موارد درست باشد، ممکن است شما در حال حرکت به سمت سطح ۳ باشید و نه اینکه در سطح ۲ باقی بمانید.
۳ - استفاده تفریحی منظم، بدون وابستگی.	تقریباً هفتگی، پایدار به جای افزایش، بدون دوز شبانه، و هیچ علامت ترک جسمانی بین استفاده ها مشاهده نشده است (بدون لرزش، اضطراب یا تعریق قبل از استفاده بعدی برنامه ریزی شده).	معتدل، اما به طور کلی قابل مدیریت بدون سم زدایی پزشکی.	این گروه از افراد معمولاً در مورد GHB، اکثر مطالب مربوط به آن از جمله نسخه‌های قبلی این راهنما، نادیده گرفته می‌شوند. قطع مصرف احتمالاً بدون سم‌زدایی بستری امن است، اما "احتمالاً امن" به معنای "قطعی" نیست، بنابراین مشورت با یک پزشک در همان روز قبل از قطع مصرف همچنان اقدامی مسئولانه است، به‌ویژه برای بررسی وابستگی که ممکن است متوجه آن نشده باشید. بخش ۹، سطوح ۱ و ۳ تغذیه و حمایت طبیعی از (GABA را می‌توان مستقیماً در اینجا استفاده کرد، و این کار باید فوراً شروع شود، نه پس از یک دوره سم‌زدایی پزشکی.
۴ - افزایش مصرف / ایجاد وابستگی	افزایش در فرکانس یا دوز مشاهده شده است؛ هرگونه ناراحتی جسمانی که بین دوزها احساس می شود (اضطراب، لرزش، اختلال در خواب)، حتی اگر هنوز روزانه نباشد.	بالا و در حال افزایش سریع.	این مرحله سطحی است که در آن، مداخله پزشک قبل از توقف، دیگر یک احتیاط نیست، بلکه یک ضرورت ایمنی واقعی است - حتی اگر به طور روزانه استفاده نشود، خودِ افزایش سطح، نشان‌دهنده این است که سیستم GABA-B در حال تطبیق است. برای رسیدن به سطح ۵ صبر نکنید، برای دریافت راهنمایی پزشکی اقدام کنید.
۵ — وابسته (آستانه اضطراری)	روزانه سه بار یا بیشتر، از جمله دوز شبانه برای مدیریت خواب.	شدید - این سطح به طور خاص، بخش ۰ آن را یک وضعیت اورژانسی پزشکی تشخیص می‌دهد که نیاز به سم‌زدایی تحت نظارت دارد.	تحت هیچ شرایطی، بدون نظارت پزشکی، تلاش برای قطع مصرف دارو را انجام ندهید. این پروتکل سم زدایی، برای جمعیت بخش ۸ نوشته شده است.

پناهگاه

اگر در سطح ۲ یا ۳ هستید و این راهنمای اضطراری را مطالعه می‌کنید و فکر می‌کنید که آیا این موارد به شما مربوط می‌شود، بهتر است مستقیماً بگوییم: بیشتر اوقات، این موضوع به شما مربوط نمی‌شود، و این یک چیز خوب است، نه دلیلی برای نادیده گرفتن این راهنما. جدی بودن در بخش ۰ برای سطح ۵ است، و لازم بود که این موضوع به وضوح و ابتدا بیان شود، زیرا خطر مرگ واقعی در آنجا وجود دارد. اما تمایل به توقف یک الگوی هفتگی و غیروابستگی، یک دلیل کاملاً معتبر برای حضور شما در اینجا است، و این امر نیازی به استفاده از روش‌های پیچیده بخش ۸ ندارد تا به طور ایمن انجام شود - بیشتر اوقات، این کار نیاز به همان چیزها دارد. بازبینی توسط پزشک، هر تغییری که مسئولانه باشد، مستحق آن است، به علاوه کار بازسازی طبیعی در بخش ۹، که به همان اندازه از یک سطح پایه سبک، مانند یک سطح پایه سنگین، موثر است.

انباشته کردن مواد: یک عامل خطر مستقل از سطح استفاده.

این موضوع در تمام سطوح جدول بالا صدق می کند، نه فقط در قسمت انتهایی وابسته. نگهداری مقدار زیادی مواد به عنوان یک خطر جداگانه، مستقل از میزان استفاده واقعی، محسوب می شود. دسترسی آسان رفتار را تغییر می دهد؛ موجودیت مقدار زیاد، یک مانع طبیعی را که یک مقدار کمتر و دشوارتر برای جایگزینی ایجاد می کند، از بین می برد. در حالت مستی، زمانی که قضاوت تحت تاثیر قرار گرفته است، داشتن مقدار بیشتری در دسترس، مصرف دوز اضافی را بسیار آسان تر می کند تا زمانی که برای به دست آوردن آن نیاز به خروج، انتظار کشیدن یا تماس با کسی باشد. این همان مکانیزمی است که تغییرات محیطی در سایر زمینه ها نیز به آن اشاره دارد (مجموعه پروتکل 05 Recovery Kernel). دسترسی به خودِ آن بخشی از معماری خطر است، نه فقط ماده –.

⚠ هشدار

افزایش می‌یابد، زیرا بخش ۱ در مورد عدم ثبات در غلظت توضیح می‌دهد. یک ذخیره GHB خطرها به ویژه با از منبع نامعلوم، هیچ تضمینی وجود ندارد که غلظت از اولین GHB یا BD-، یا GBL 1,4 بزرگ، به خصوص دوز تا آخرین دوز ثابت بماند. مصرف مکرر از یک ذخیره بزرگ، در حالی که فرد مست است و توانایی کمتری برای ارزیابی دقیق دوز تجمعی دارد، الگویی ثبت شده است که منجر به افزایش مصرف و اوردوز می‌شود. داشتن یک مقدار زیاد مواد نه تنها استفاده بیشتر را ممکن می‌سازد، بلکه نوع خاصی از خطای دوز را نیز فراهم می‌کند که این راهنما برای هشدار در مورد آن ایجاد شده است. احتمال بیشتر.

اگر هدف کاهش یا توقف مصرف در هر سطحی باشد، کاهش عرضه موجود مواد مخدر، نه فقط قصد استفاده کمتر، یک گام عملی و ملموس است که به خودی خود ارزش دارد و جدا از هرگونه روش دارویی است.

بخش هشتم — پروتکل سم زدایی پزشکی

این بخش برای کمک به شما یا کسی که از شما حمایت می‌کند، تا از مراقبت‌های مناسب دفاع کند، در اورژانس پزشکی، اغلب مورد غفلت قرار GHB طراحی شده است. مدیریت ترک اعتیاد به مواد می‌گیرد و آگاهی از گزینه‌های موجود از قبل می‌تواند تفاوت بزرگی در ارائه خدمات توسط تیم درمان ایجاد کند.

یادداشت‌های بالینی	مکانیسم	رویکرد
رویکردی که از نظر داروشناسی منطقی ترین است. دوزهای مورد نیاز اغلب بسیار بالا هستند - تا ۲۰۰-۳۰۰ میلی گرم در روز - و باید با دقت تنظیم شوند. همه بخش های اورژانس با استفاده از باکلُفن برای این منظور خاص آشنا نیستند؛ ممکن است لازم	مستقیماً - B گابای آگونیست نوع در سطح GHB جایگزین مادهٔ گیرنده می‌شود؛ نیمه عمر طولانی‌تر، امکان کاهش تدریجی و پایدار را فراهم می‌کند.	کاهش تدریجی دوز باکلوفن (ترجیحاً در صورت امکان).

یادداشت‌های بالینی	مکانیسم	رویکرد
باشد شما مستقیماً از آن حمایت کنید، و در صورت عدم آشنایی، به ادبیات بالینی (Addolorato et al. 2009; Bell et al. 2011) استناد کنید.		
اغلب به دلیل آشنایی با آن برای پزشکان اورژانس استفاده می شود. این دارو از نظر فارماکولوژیکی کمتر تخصصی است نسبت به باکلُفن و ممکن است نیاز به دوزهای بسیار بالا داشته باشد تا بتواند علائم ترک شدید را کنترل کند، و خطر واقعی وابستگی به بنزودیازپین ها علاوه بر دوره نقاهت از GHB وجود دارد. نیازمند نظارت پزشکی دقیق است.	گابا-آ آگونیست - به سیستم گابا به طور کلی اثر می گذارد، اما در یک زیرنوع گیرنده متفاوت نسبت به هدف اصلی مادهٔ GHB.	پروتکل دوز بالای بنزودیازپین (که معمولاً در عمل استفاده می شود).
رویکردی که از نظر تئوریک، بهترین است: یک مولکول واحد، فارماکوکینتیک شناخته شده، و بدون حدس زدن در مورد غلظت دارو. در برخی از مراکز تخصصی ترک اعتیاد استفاده می شود؛ اما دسترسی به آن محدود است و نیاز به یک پزشک متخصص در زمینه اعتیاد دارد.	جایگزینی مستقیم با همان مولکول به شکل کنترل‌شده و اندازه‌گیری‌شده، سپس کاهش تدریجی.	کاهش تدریجی دوز داروی سدیم اکسیبات.
در محیط‌های تخصصی برای ترک پیچیده چند دارویی مرتبط با سیستم گابا استفاده می‌شود. نیاز به نظارت دقیق بر تنفس دارد. این دارو، گزینه اول درمان نیست، اما در موارد مقاوم مفید است.	باربیتورات با اثر طولانی که فعالیت آگونیست گیرنده گابا-آ دارد؛ نیمه عمر بسیار زیاد آن (۵۳-۱۱۸ ساعت) باعث ایجاد سطوح پلاسما پایدار و خودکار در طی زمان می‌شود.	فنی‌باربیتال
شامل ناپایداری GHB عوارض ترک مصرف شدید سیستم عصبی خودکار و علائم روانپزشکی است. این درمان‌های کمکی، به طور مستقیم، مجموعه‌های خاصی از علائم را که در بخش ۱ و بخش ۲ ذکر شده‌اند، هدف قرار می‌دهند.	کلونیدین برای طوفان خودگردان؛ داروهای ضد روان‌پریشی (هالوپریدول، کویتیاپین) برای گیجی/توهم؛ داروهای ضد صرع برای جلوگیری از تشنج؛ مایعات و مدیریت الکترولیت‌ها به صورت داخل وریدی.	داروهای کمکی (اضافی به هر کدام از موارد فوق).

هشدار ⚠

یادداشتی در مورد تحقیقات جاری: تحقیقات سم شناسی واقعی و منتشر شده وجود دارد که به GHB را توسط کلیه ها تنظیم می شود، که جذب مجدد (MCT) ترانسپورترهای مونوکربوکسیلات را توسط کلیه ها تنظیم می شود، که جذب مجدد (MCT) ترانسپورترهای مونوکربوکسیلات می تواند به میزان کمی دفع (از جمله از طریق بیکربنات سدیم، pH تغییر) کنند، و اینکه آیا قلیایی کردن ادرار را افزایش دهد. این همان اصل اساسی است که از نظر بالینی برای مسمومیت با آسپرین GHB کلیوی اثرات معکوس را در مطالعات حیوانی نشان GABA-B (SCH-50911) استفاده می شود. یک آنتاگونیست داده است، اما در انسان ها آزمایش نشده است. هر دو در مطالعه اثبات مفهوم انسانی که در ادبیات ذکر شده است، دقیقاً به عنوان "اثبات مفهوم" و نه "عمل بالینی" توصیف شده اند. این یک مرز تحقیقاتی واقعی و فعال است که ارزش دانستن آن را دارد. این یک مداخله خانگی نیست، و جایگزینی برای پروتکل‌های فوق الذکر نیست، و این راهنما در مورد دوز یا نحوه استفاده از هیچ کدام توضیح نخواهد داد. آن فاصله خاص بین "مکانیسم واقعی است" و "این کار را می توان به طور ایمن خودتان انجام داد، بدون نظارت"، دقیقاً همان جایی است که مردم آسیب می‌بینند.

وقتی دسترسی به بیمارستان واقعاً محدود است.

نه همه کسانی که این متن را مطالعه می کنند، قادر به رسیدن به یک بیمارستان هستند – به دلیل فاصله، هزینه، وضعیت مهاجرتی، کشوری با زیرساخت های اضطراری محدود، یا دوازده دلیل دیگر واقعی. این شکاف مستحق یک پاسخ واقعی است، و پاسخ صادقانه یک پروتکل خودسرانه نیست؛ بلکه اطمینان از این است که منابع موجود، به طور خاص برای این شرایط، واقعاً مورد استفاده قرار گیرند.

چرا این موضوع مهم است؟	چه چیزهایی واقعاً بدون نیاز به بیمارستان در دسترس است؟
اکثر کشورها دارای یک خط تلفنی کنترل سم یا سم‌شناسی هستند که توسط متخصصان آموزش دیده برای رسیدگی به این نوع موارد از راه دور، حتی در مواردی که انتقال فوری ممکن نیست، اداره می‌شود. این یک راهنمایی تخصصی و لحظه‌ای است، نه یک سند. تماس با این خط تلفنی یک اقدام متفاوت و ایمن‌تر نسبت به صرفاً دنبال کردن مطالب مکتوب است، حتی اگر بیمارستان به سرعت قابل دسترسی نباشد.	شماره تلفن‌های اضطراری سموم شناسی
ارتباط تصویری یا تلفنی زنده با یک پزشک، حتی اگر او به صورت فیزیکی حاضر نباشد، امکان قضاوت بالینی واقعی را فراهم می کند - ارزیابی هوشیاری، تنفس و واکنش به علائم همانطور که تغییر می کنند - به روشی که هیچ پروتکل ثابت نمی تواند.	تله‌درمان، در صورت موجود بودن.
اگر مراجعه به بیمارستان واقعاً ممکن نباشد، مهمترین و ارزشمندترین کمک، حضور یک فرد هوشیار است که بتواند تنفس و سطح هوشیاری را زیر نظر داشته باشد، در صورت نیاز شخص را در وضعیت "بازیابی" قرار دهد و به محض هرگونه تغییر، درخواست کمک کند. هدف از این کار، ارائه درمان نیست، بلکه عمل کردن به عنوان یک سیستم هشدار اولیه مانند مانیتورها در بیمارستان است.	هرگز در هنگام ترک اعتیاد، به خصوص زمانی که سطح مصرف بالا است، تنها نباشید.
اگر محدودیت در دسترسی به مراقبت یک واقعیت شناخته شده است، نه یک فرضیه، مهمترین زمان برای مداخله، قبل از اینکه مصرف دارو به یک الگوی وابستگی برسد که سه بار یا بیشتر در روز تکرار شود (همانطور که در بخش ۷ ذکر شده است). این زمانی است که هنوز امکان کاهش تدریجی مصرف تحت نظارت و با استفاده از هرگونه دسترسی موجود به مراقبت وجود دارد، به جای اینکه پس از شروع ترک اعتیاد، فرد هیچ مکانی برای رفتن نداشته باشد.	اقدام قبل از رسیدن به آستانه بحران، نه در حین آن.

شنیده شدن.

اگر این متن را مطالعه می‌کنید زیرا یک بیمارستان واقعاً گزینه مناسبی برای شما نیست، می‌خواهم مستقیماً بگویم: این ناشی از ضعف سیستم‌ها و شرایط پیرامون شما است، نه چیزی که این راهنما بتواند با ارائه یک پروتکل آن را حل کند. آنچه که این راهنما می‌تواند انجام دهد این است که شما را به سمت منابع تلفنی هدایت کند که دقیقاً برای رفع این مشکل وجود دارند، و همچنین به شما کمک می‌کند تا زودتر اقدام کنید، زمانی که هنوز درها باز هستند، نه دیرتر که تعداد آنها کمتر باشد. این یک پاسخ واقعی است، حتی اگر پاسخی نباشد که شما امیدوار بودید.

چالش ۳۰ روزه: یک محور خطر بازگشت که اغلب در برنامه‌ریزی ترخیص نادیده گرفته می‌شود.

هشدار ⚠

یک الگوی معمول ترخیص وجود دارد که باید مستقیماً نامگذاری شود، زیرا یک دوره خطر دوم و متمایز ایجاد می کند که با ترک حاد ذکر شده در بالا متفاوت است: مدیریت بستری برای ترک GHB (اغلب حدود 5 روز) به دنبال آن ترخیص با تجویز بنزودیازپین - معمولاً حدود 30 روز - که به عنوان یک پل در نظر گرفته می شود بهبود یابد. هنگامی که آن 30 روز دارو تمام می شود، موارد مستند شده و GABA-B تا زمانی که سیستم

فراوانی بالایی از عود در همان نقطه وجود دارد. این ناشی از عدم اراده یا عدم رعایت طرح ترخیص نیست. این یک رویداد دارویی قابل پیش بینی است.

هنوز در GABA-B دلیل مستقیماً با جدول زمانی بخش ۳ مطابقت دارد: در روز سی، بازیابی گیرنده مرحله اولیه خود است - ماه‌ها تا زمان بهبودی قابل توجه که داده‌های این راهنما آن را ۱۲ تا ۱۸ ماه GABA-A تخمین می‌زند. پل بنزودیازپین فقط برای درمان علائم در آن دوره نبود؛ بلکه از سیستم پشتیبانی می‌کرد و تا حدی جبران کمبود سیستمی بود که هنوز بازسازی نشده است. هنگامی که نسخه بر اساس یک تاریخ ثابت به پایان می‌رسد، نه بر اساس وضعیت بالینی بیمار - اغلب بدون کاهش تدریجی دوز دارو، و اغلب بدون برنامه‌ریزی برای پیگیری سرپایی قبل از اتمام دارو - فرد دچار یک دوره ترک مخدر ثانویه می‌شود. وقوع یک رویداد که مستقیماً بر روی یک رویداد اول قرار می‌گیرد، در حالی که رویداد اول هرگز به پایان نرسیده است. اضطراب و ترس مزمن که این موضوع ایجاد می‌کند، از نظر عصبی-زیستی است، نه عمدتاً روانشناختی، و به همین دلیل است که درمان حمایتی تنها اغلب ناکافی GABA-B است: گفتاردرمانی ابزار مناسبی برای یک مشکل متفاوت است، در حالی که سیستم گیرنده که بهبود نیافته است، اضطراب واقعی را ایجاد می‌کند که از نظر فیزیولوژیکی ناشی می‌شود.

چه چیزی واقعاً این خطر را کاهش می‌دهد؟	چه اشتباهاتی معمولاً در برنامه‌ریزی ترخیص وجود دارد؟
برنامه‌ریزی برای ملاقات‌های بعدی در مطب، قبل از ترخیص، با تعیین یک تاریخ مشخص برای این ملاقات‌ها که به میزان دارو باقی‌مانده کافی باشد – نه اینکه "با پزشک خود تماس بگیرید"، بلکه یک تاریخ مشخص رزرو شده.	در نظر گرفتن یک دوره ۳۰ روزه به عنوان پایان روند بهبودی، در حالی که این فقط بخشی کوچک از یک دوره ۱۲ تا ۱۸ ماهه است.
کاهش تدریجی داروهای مربوط به پل، با هماهنگی یک متخصص در زمینه اعتیاد یا روانپزشکی، و پیروی از همان اصل کاهش درصد محور که در این مجموعه استفاده شده است، به جای یک نسخه با مقدار ثابت که صرفاً پایان می یابد.	قطع ناگهانی بنزودیازپین در روز سی و ام، به جای کاهش تدریجی آن.
با در نظر گرفتن این واقعیت که اضطراب برگشتی در این مرحله، یک عامل فیزیولوژیکی واقعی دارد (بخش ۳) و ممکن است نیاز به حمایت‌های سطح اول و سطح سوم ذکر شده در بخش ۹ داشته باشد، نه فقط روان‌درمانی، همراه با هرگونه مدیریت دارویی مورد نیاز.	با فرض اینکه فقط درمان حمایتی برای اضطرابی که پس از آن ایجاد می شود، کافی است.
نامگذاری این خطر به طور مستقیم، قبل از اینکه فرا برسد - که هدف اصلی این بخش است. آگاهی از اینکه یک پرتگاه در پیش است، نحوه برخورد یک فرد را تغییر می‌دهد.	هشدار صریح به بیمار که روز سی ام یک دوره زمانی پرخطر شناخته شده است، داده نشود.

پناهگاه

اگر در حال نزدیک شدن به پایان یک نسخه دارویی هستید، یا اگر پس از اتمام یک نسخه، دوباره مواد مخدر مصرف کرده‌اید، این موضوع ارزش شنیدن را دارد: آنچه در آن لحظه رخ داد، یک شکست شخصی ناشی از اراده نبود، و این موضوع کار بازپروری که در طول بستری شدن در بیمارستان یا در ۳۰ روز بعد از آن انجام شده بود را از بین نمی‌برد. این یک شکاف قابل پیش‌بینی در نحوه تطابق زمان‌بندی دارو با زمان‌بندی بیولوژیکی بدن بود. پاسخ درست، همانند هر جای دیگر در این راهنما، در مواجهه با یک خطر واقعی است: به حمایت پزشکی و یک برنامه کاهش تدریجی دارو بازگردید، نه اینکه خود را سرزنش کنید. آیا برای شما امکان بهبودی وجود دارد؟

چگونه این می تواند به یک اعتیاد دوم و جداگانه تبدیل شود؟

یک الگو وجود دارد که ارزش نامگذاری آن را دارد، زیرا بیشتر مربوط به این نیست که چه اتفاقی می‌افتد، بلکه به این بستگی دارد که وقتی کسی توضیح نمی‌دهد که دقیقاً در سیستم عصبی یک فرد چه اتفاقی می‌افتد. شخصی که داروهای ضد اضطراب او تمام شده است، اغلب هنوز هم اضطراب واقعی که، طبق بخش ۳، اصلاً بهبود نیافته است. اگر GABA-B را تجربه می‌کند – نتیجه مستقیم یک سیستم کسی به آنها نگفته باشد که روز سی ام چگونه احساس می‌شود و چرا، نتیجه طبیعی این نیست که "این است." بلکه این است: "من یک اختلال اضطرابی دارم" – یک GHB یک حالت عادی پس از بهبودی از برداشت کاملاً منطقی از یک علامت واقعی، که... بدون آن یک قطعه اطلاعات که می تواند همه چیز را در مورد نحوه برخورد با آن تغییر دهد.

اغلب اوقات، این موضوع با مراجعه به یک روانپزشک همراه است، گاهی اوقات با ذکر سابقه مصرف GHB و گاهی اوقات بدون آن - افشای این اطلاعات می تواند دشوارتر از خود علامت باشد، با توجه به انگ اجتماعی که در مورد این موضوع وجود دارد. یک روانپزشک که در حال ارزیابی اضطراب شدید، اما که در حال حاضر در جریان است، اغلب یک تصمیم GABA-B بدون داشتن زمینه کامل یک دوره ترک بالینی معقول را با تجویز بنزودیازپین اتخاذ می کند. این کار سوء رفتار پزشکی محسوب نمی شود و شخص لزوماً دروغ نمی گوید - او چیزی را به طور جدی توصیف می کند و پاسخی دریافت می کند که با آنچه توصیف کرده مطابقت دارد، بدون توجه به زمینه ای که می توانست پاسخ را تغییر دهد. این همان آن را به عنوان "تشریح ترک مواد به عنوان عود" تعریف "Recovery Kernel" الگویی است که برنامه می‌کند: یک علامت موقت و ناشی از تغییرات بیولوژیکی پس از دوره حاد، به عنوان یک بیماری مزمن جداگانه در نظر گرفته می‌شود، و داروی تجویز شده برای نسخه مزمن این بیماری، تاریخ انقضای طبیعی ندارد – زیرا هیچ چیز در ملاقات نشان‌دهنده نیاز به آن نبود.

هشدار ⚠

نتیجه، یک وابستگی جدید است که اغلب طولانی‌تر از وابستگی اصلی است: مصرف مداوم بنزودیازپین‌ها GHB برای درمانی که در واقع باید محدود به یک دوره زمانی مشخص برای بهبود عصبی پس از مصرف باشد. این یک خطر فرضی نیست، بلکه یک الگوی مستند است و شایسته همان اهمیت است که راهنمای کلی اختصاص داده است، زیرا از نظر دارویی، این یک تله مشابه در یک ظرف متفاوت GHB ما به وابستگی به است.

و جدول زمانی ترک آن به هر GHB آنچه واقعاً این خطر را کاهش می‌دهد، افشای سابقه مصرف اخیر روانپزشک یا تجویز کننده که درگیر است، حتی اگر این کار ناراحت‌کننده باشد، زیرا این موضوع تغییراتی GABA-B را در توصیه‌های یک پزشک آگاه ایجاد می‌کند. پزشکی که می‌داند با وضعیت "ترمیم گیرنده‌های روبرو است و نه یک اختلال اضطرابی اولیه جدید، می‌تواند به طور منطقی یک "GHB پس از مصرف B دوره کوتاه و محدود زمانی با تاریخ بررسی مشخص ارائه دهد - همان استاندارد مسئولیت نام‌گذاری شده در سایر بخش‌های این مجموعه برای هر داروی جایگزین - به جای یک نسخه بدون محدودیت. حدود یک ماه پیش شروع GHB جملات مناسبی که می‌توان استفاده کرد: "این اضطراب پس از ترک شد، و..." ممکن است سیستم عصبی من هنوز در حال بهبودی از آن باشد - من می خواهم هر چیزی که امتحان کنیم، تاریخ بررسی مشخصی داشته باشد تا اینکه باز هم بدون محدودیت ادامه یابد. این جمله به تنهایی می تواند تفاوت بین یک راه حل واقعی و یک وابستگی مادام العمر دیگر را ایجاد کند.

بخش ۹ — پروتکل بازیابی (پس از دوره حاد)

هشدار ⚠

این بخش پس از اتمام دوره اورژانس طبی حاد (بخش ۰، ساعات ۱۲ تا ۷۲ بخش ۲) آغاز می‌شود و زمانی که یک پزشک ثبات وضعیت بیمار را تأیید کند. این بخش جایگزین بخش ۸ نمی‌شود، بلکه مرحله‌ای بعد از آن است.

مرحله اول — بنیه بیولوژیکی (از روز اول پس از سم زدایی به بعد)

نقش	پشتیبانی
حمایت از گیرنده GABA-A و آرام‌سازی عمومی سیستم عصبی، اساسی است و از روز اول الزامی است.	گلیسینه منیزیم (۴۰۰-۶۰۰ میلی‌گرم، دوزهای تقسیم‌شده).
عامل مساعد برای تبدیل گلوتامات به گابا (دی‌کربوکسیلاز گلوتامات) - مستقیماً مرتبط است با توجه به افزایش گلوتامات در مراحل اولیه ترک (بخش ۲).	پی ۵ پی (ویتامین ب۶ فعال، ۲۵-۵۰ میلی‌گرم)
حمایت اساسی از متیلاسیون، که به ویژه مهم است با توجه به اینکه GHB مادهٔ خود باعث کمبود ویتامین‌های گروه B از طریق مسیرهای متابولیکش می‌شود.	۵-MTHF (میکروگرام ۴۰۰)
تنظیم کننده گابا/گلوتامات بدون اثر آرام‌بخش برای امواج اضطراب، بدون خطر اعتیاد.	ال-تئانین (۲۰۰-۴۰۰ میلی‌گرم، در صورت نیاز).

سطح دوم — حمایت‌های پزشکی و روانپزشکی

- بوسپیرون (۱ یک آگونیست جزئی سروتونین A‌آور اعتیاد‌غیر) برای اضطراب مداوم پس از ترک مواد – اثر کامل آن ۲ تا ۴ هفته طول می‌کشد، و برای اضطراب پایدار در این دوره بهبودی مناسب است بدون اینکه خطر وابستگی به بنزودیازپین وجود داشته باشد.
- SSRI، 5-MTHF آزمایش قبل از در نظر گرفتن داروهای را برای افسردگی ناشی از تغییرات همچنان SSRI انجام دهید؛ به پاسخ در طول ۴ تا ۸ هفته توجه کنید؛ داروهای MTHFR ژنتیکی مناسب هستند اگر از نظر بالینی ضروری باشند.
- دوز کم کویتیپین (۲۵-۵۰ میلی‌گرم، محدود به زمان) ممکن است از ساختار خواب در بی‌خوابی پشتیبانی کند، زمانی که مکمل‌ها به تنهایی کافی نباشند – این GHB شدید ناشی از مصرف مواد گزینه اولویت ندارد، اما یک راه حل واقعی است.

سطح سوم - تنظیم سیستم عصبی (هفته های ۱ تا ۱۲، فاز اصلی بهبودی).

- تمرین تنفس عمیق - روزانه، و این یک ضرورت است با توجه به دوره بازسازی طولانی گیرنده‌های گابا-بی که در بخش ۳ توضیح داده شده است.
- قرار گرفتن در معرض سرما و یوگا، هر دو مستقیماً مرتبط با افزایش سطح طبیعی گابا هستند.
- همواری مهمتر از شدت است - طبق جدول زمانی بخش ۲، این یک فاز مرکزی ۳ تا ۶ ماهه است، نه یک دوره ۴ تا ۸ هفته ای. چیزی که شدت علائم ترک را تعیین می کند، تمرین مداوم در طول کل این بازه زمانی است، نه دو هفته اول قوی.

جزئیات تمرین - چرا تمرینات هوازی در اینجا مهمتر از اکثر راهنماهای دیگر هستند.

شامل ناپایداری واقعی سیستم عصبی خودکار است (بخش ۱، بخش GHB خروج از اعتیاد به مواد مخدر ۲) - تپش قلب، نوسانات فشار خون، تعریق شدید - و ورزش قلبی عروقی مستقیماً مرتبط با بازسازی سیستم اصلی است، نه فقط یک توصیه کلی برای سلامتی.

نوع	چه چیزی تولید می کند.	تکرار
ورزش‌های هوازی (دویدن، دوچرخه‌سواری، شنا، پیاده‌روی سریع)	و به طور خاص، تطبیق – BDNF اندورفین‌ها، سروتونین، و تدریجی تن تنظیم عصبی (تغییرات ضربان قلب، فشار خون پایه) که نشان‌دهنده بهبود سیستم قلبی عروقی پس از دوره طوفان عصبی ناشی از ترک مصرف مواد است.	تا ۵ جلسه در ۳ هفته
آموزش قدرتی.	این موارد – BDNF، دوپامین، تستوسترون، هورمون رشد به ویژه در زمینه استفاده ورزشی/بدنسازی مرتبط هستند، بخشی از GHB جایی که اثر تحریک‌کننده هورمون رشد جذابیت اولیه بود و نیاز به یک جایگزین واقعی دارد.	تا ۴ جلسه هفتگی ۲
یوگا	فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک و کاهش مستقیم اضطراب - یک تمرین که از خودِ گابا پشتیبانی می‌کند، نه فقط یک مکمل برای تنفس.	تا ۳ جلسه هفتگی ۱
پیاده روی روزانه	سطح اساسی که قابل مذاکره نیست: موانع کم، اثربخشی واقعی، مناسب حتی در اوایل و روزهای خستگی فراوان بهبودی.	روزانه

هشدار ⚠

زمان و شدت تمرین مهم هستند، به ویژه در مراحل اولیه. تمرین بیش از حد در هفته‌های اول، فشار فیزیولوژیکی اضافی را بر سیستم بدن وارد می‌کند، به جای اینکه آن را کاهش دهد. با پیاده‌روی و حرکات ملایم شروع کنید، و به تدریج در ماه‌های ۱ تا ۳ به برنامه کامل‌تر برسید. همچنین، از انجام تمرینات شدید در شب خودداری کنید، زیرا این کار باعث تأخیر در شروع خواب می‌شود، در حالی که بدن شما در تلاش برای بهبود کیفیت خواب است (بخش ۴).

ساختار تغذیه - فراتر از چهار مکمل اصلی.

مکمل‌های سطح اول، پایه‌ای هستند، اما کل ماجرا را تشکیل نمی‌دهند. استفاده از مواد مخدر مانند GHB، به ویژه مصرف سنگین و طولانی‌مدت آن، وضعیت تغذیه‌ای را به طور کلی مختل می‌کند، و سیستم عصبی که در حال انجام ترمیم‌هایی است که در این راهنما توضیح داده شده، برای انجام این کارها به مواد اولیه نیاز دارد.

- مصرف مداوم پروتئین از تولید گسترده انتقال‌دهنده‌های عصبی، از جمله سیستم‌های گابا و دوپامین که کل این روند بهبودی به آن وابسته است، پشتیبانی می‌کند.
- زمان‌بندی منظم وعده‌های غذایی به اندازه‌ی محتوای غذا در مراحل اولیه بهبودی اهمیت دارد؛ زیرا نوسانات قند خون، اضطراب و بی‌ثباتی خلق‌وخو را که از قبل وجود دارند، تشدید می‌کنند.
- هیدراتاسیون و حمایت از الکترولیت‌ها مستقیماً به علائم مربوط به سیستم عصبی خودکار/تعریق در بخش ۲ و بخش ۴ رسیدگی می‌کنند.
- مکمل ویتامین B به طور کلی (GHB) مهم است، زیرا مصرف غب (MTHF-و P5P 5 نه فقط) می تواند باعث کمبود این خانواده از ویتامین ها شود. مکمل یک کمپلکس با کیفیت بالا از ویتامین B، همراه با محصولات هدفمند سطح اول، یک افزودنی منطقی است.

کاهش علاقه به مواد مخدر: بازسازی طبیعی گابا.

این بخش درباره چیزی متفاوت است – نه فقط تحمل فقدان آن، بلکه واقعاً تمایل کمتری به داشتن آن. یک اثر خاص داشت: نه تسکین جزئی، بلکه یک سیستم عصبی که بالاخره و کاملاً متوقف GHB مادهٔ می‌شد. فرض این است که این حالت دقیقاً قابل دستیابی است بدون استفاده از آن، از طریق

سیستم‌های خود مغز، و اینکه یک نسخهٔ بازسازی‌شده پایدارتر از نسخهٔ دارویی است، زیرا مانند گیرندهٔ مادهٔ GHB، عملکرد آن را کاهش نمی‌دهد.

GHB یادداشت‌های خاص برای بهبودی از	شدت اثرات گابا چقدر است؟	روش فعال‌سازی طبیعی.
مهم‌ترین ابزار طبیعی برای افزایش سطح گابا در این راهنما، که به طور مستقیم و نه استعاری عمل می‌کند: تنفس با بازدم طولانی، به‌طور قابل‌سنجی سطح گابا را افزایش داده و میزان کورتیزول را ظرف چند دقیقه کاهش می‌دهد. تمرین روزانه تا زمانی که این کار به یک عادت تبدیل شود، درست مانند روتین مصرف داروهای قبلی.	تحریک مستقیم عصبی واگ، سیستم عصبی پاراسمپاتیک و گیرنده‌های گابا.	تنفس با بازدم طولانی (۴-۷-۸، تنفس جعبه‌ای، تنفس هماهنگ).
دوش آب سرد، ۳۰ تا ۹۰ ثانیه، به تدریج افزایش دهید تا به حالت کاملاً سرد برسید. یک مثال واقعی و ملموس از حالتی که "سیستم بالاخره متوقف می‌شود" شبیه به چیزی است که مواد GHB ایجاد می‌کند.	بالا – فعال شدن سیستم عصبی پاراسمپاتیک به همراه آرامش پایدار پس از واکنش اولیه شوک.	قرار گرفتن در معرض آب سرد.
جدول تمرینات قلبی فوق را ببینید - این همان تمرینی است که هم برای بهبود عملکرد قلب و عروق و هم برای فعال سازی طبیعی گابا و اندورفین استفاده می شود.	متوسط تا زیاد، تجمعی و با ثبات.	ورزش هوازی شدید.
به طور خاص در لحظات تمایل و قبل از خواب مفید است؛ دسترسی آسان و فوری دارد.	تاثیر قابل سنجش و تعدیل شده بر سیستم عصبی پاراسمپاتیک.	موسیقی با سرعت ۶۰-۷۰ ضرب در دقیقه.
غرق شدن کامل در یک فعالیت چالش‌برانگیز، از نظر مکانیکی، یک حالت طبیعی گابا است— ذهن مضطرب از طریق مشارکت آرام می‌شود، نه از طریق اجبار.	از طریق تمرکز و توجه زیاد، به جای سرکوب شیمیایی.	یک تمرین خلاقانه یا حالت تمرکز عمیق که نیاز به تلاش دارد.

شنیده شدن.

از GHB این موضوع مربوط به اراده نیست، و این یک جایزه تسلی‌بخش برای نداشتن دارو نیست. چیزی که بیرون انجام می‌داد، یک سیستم بهبودیافته می‌تواند واقعاً از درون انجام دهد — این یک بازسازی خوش‌بینانه نیست، بلکه مکانیسم واقعی است که کل این راهنما در مورد آن توضیح داده است. حالتی که شما به دنبال آن هستید همیشه یک حالت واقعی و قابل دسترس برای سیستم عصبی بوده است. GHB فقط یکی از راه‌ها برای رسیدن به آن بود — یک روش سریع، خطرناک و کاهنده. روش‌های موجود در این جدول، به همان مکان دست می‌یابند، اما از طریق سیستمی که با استفاده قوی‌تر می‌شود، نه ضعیف‌تر.

بخش ۱۰ — تشخیص اضطراری، تکرار شده.

وضعیت اضطراری طبی

فوراً به بخش اورژانس مراجعه کنید برای:
* هرگونه فعالیت تشنجی
* گیجی، سردرگمی یا توهم
* تحریک شدید همراه با ضربان قلب سریع، فشار خون بالا یا تعریق زیاد
* بدتر شدن لرزش

این موارد در ۷۲ ساعت اول قطع مصرف برای هر فرد معتاد صدق می کند، و همچنین در هر زمانی دیگر اگر

این علائم ظاهر شوند.

برای حملات اضطراب، مشکلات خواب و سردرگمی که در بخش ۴ توضیح داده شده است، اما بدون هیچ یک از علائم فوق، اینها موارد پیش بینی شده بر اساس جدول زمانی هستند، و تماس با پزشک همان روز مناسب محسوب نمی شوند ER است، اما به تنهایی یک اورژانس در سطح.

بخش ۱۱ — نقشه ارجاع متقاطع پروتکل کامل

فاز	پروتکل‌ها	تمرکز.
ایمنی طبی (روزهای ۰ تا ۷ برای کاربران وابسته).	بخش اورژانس / سم زدایی بستری - خارج از محدوده کتاب راهنما.	جلوگیری از تشنج، پروتکل باکلُوفِن یا بنزودیازپین، مدیریت گیجی، پایش علائم حیاتی. بخش ۹ و سایر بخش‌های این راهنما فقط پس از تکمیل شدن این مرحله به لحاظ پزشکی آغاز می‌شوند.
پایه بیولوژیکی (روزهای ۱ تا ۱۴ پس از سم زدایی).	پروتکل‌های خلاصه‌شده: ۰۷، ۰۹، ۱۷، ۱۸	مکمل‌های مربوط به B6، منیزیم، ویتامین متیلاسیون، ساختار خواب، تغذیه و ترمیم دستگاه گوارش – شرایط لازم برای بازسازی سیستم GABA-B، این موارد اختیاری نیستند.
نقشه‌برداری ژنومی (هفته‌های ۱-۴)	بخش ۱۵، پروتوکول ۱۱	مهم‌ترین یافته GABRA2: ارزیابی خاص ژن ژنتیکی برای بهبودی، که شدت وابستگی، شدت علائم ترک و شدت علائم پس از ترک را توضیح می‌دهد.
بازسازی گابا (هفته‌های ۱ تا ۱۲، فاز اصلی)	پروتکل تجمیع، نسخه ۴، پروتکل ۱، قطع اشتیاق.	تنفس، قرار گرفتن در معرض سرما، یوگا، مکمل منیزیم، مدیریت اضطراب، ساختار خواب – واقعاً ۳ تا ۶ ماه، نه بازه زمانی ۴ تا ۸ هفته که در اکثر مواد دیگر موجود در این مجموعه وجود دارد.
معماری رفتاری و محیطی (هفته‌های ۲ تا ۱۲)	پروتکل خلاصه‌شده، شماره‌ها: ۲، ۵، ۸، ۱۳	حذف محرک‌ها، جلوگیری از انتقال اعتیاد، و بازطراحی ساختار اجتماعی – محیط‌های تحریک‌شده توسط محرک‌ها (مانند مکان‌ها، برنامه‌ها، شبکه‌های اجتماعی) در زمینه "چِم‌سِکس" از جمله قدرتمندترین محیط‌هایی هستند که در آن‌ها میل شدید ناشی از محرک‌ها ثبت شده است؛ طراحی مجدد محیط دیجیتال به اندازه محیط فیزیکی اهمیت دارد.
ترمیم از مصرف مواد در فعالیت‌های جنسی، اگر مربوط باشد (ماه های ۱ تا ۱۲).	پروتکل‌های سری ۳۵، Sپروتکل‌های بهداشت جنسی.	بیماری‌های مقاربتی، HIV/ آزمایش و پیشگیری از سلامت جنسی در دوره بهبودی، ایجاد یک جامعه ال‌جی‌بی‌تی بدون مواد مخدر — به بخش ۶ بالا مراجعه کنید.
هویت و معنا (ماه‌های ۲ تا ۱۲)	پروتکل جامع ۲۰، ۲۱، ۲۳، سی-۲۸	وقتی که برنامه دادن دارو هر ۲ تا ۳ ساعت دیگر ساختار اصلی روز شما نباشد، چه کسی هستید؟ این سوال مستقیماً به سردرگمی زمانی/هویتی اشاره دارد که در بخش ۴ ذکر شده است.
بازی بلندمدت (ماه‌های ۶ تا ۱۸ به بعد)	پروتکل‌ها: ۲۴، ۲۵، سی-۲۸، سی-۳۱	معماری هدف و یک سیستم طبیعی فعال گابا طبق بخش ۳، یک تحول واقعی که باید - (GABA) به سوی آن حرکت کرد، نه اینکه صرفاً منتظر آن بمانیم.

بخش ۱۲ — خاتمه

**پناهگاه **

این سخت‌ترین مرحله ترک است و دوره بهبودی آن طولانی‌ترین دوره در این مجموعه است – بیش از یک سال برای تکمیل کامل، نه چند هفته. این منظور، دلسرد کردن شما نیست. هدف این است که اطمینان حاصل شود که طول مسیر اشتباه گرفته نشود، مثلاً بعد از شش ماه، تصور نشود که این راه به جایی نمی‌رسد. سیستم عصبی که تنظیم خود را به یک ماده در هر دو تا سه ساعت واگذار کرده بود، قادر است دوباره خودش آن تنظیم را انجام دهد. فقط به زمان مورد نیاز بیولوژی نیاز است، نه زمانی که کسی بخواهد.

پایان راهنما - پروتکل توقف مصرف: GHB / GBL / 1,4-BD

منابع کاهش آسیب— این یک مشورهٔ طبی نیست— جایگزینی برای مراقبت‌های اورژانسی نیست.

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | Crisis Text: HOME to 741741 | SAMHSA: 1-800-662-4357